6

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883 — N° 311

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 juillet 1883, à 1 heure.

PAR CHARLES CODET DE BOISSE,

Né à Saint-Junien (Haute-Vienne), le 21 juin 1854.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DE L'OMBILIC CHEZ L'ADULTE

Président : M. RICHET, *professeur.*

Juges : MM. { PANAS, *professeur.* / RICHELOT, BOUILLY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

N° 311

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 juillet 1883, à 1 heure.

PAR CHARLES CODET DE BOISSE,

Né à Saint-Junien (Haute-Vienne), le 21 juin 1854.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

TUMEURS DE L'OMBILIC CHEZ L'ADULTE

Président : M. RICHET, *professeur.*

Juges : MM. { PANAS, *professeur.*
RICHELOT, BOUILLY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROUSSIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur,

A MON MAITRE M. NICAISE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Laennec.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. BLUM

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DE L'OMBILIC

CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION.

« Les tumeurs de l'ombilic sont rares. » C'est en ces termes que s'expriment les auteurs qui parlent des tumeurs que l'on observe dans cette partie de l'abdomen désignée sous le nom de région ombilicale.

Ayant eu la bonne fortune d'en observer deux cas l'an dernier, dans le service de M. Nicaise à l'hôpital Laënnec, nous avons eu la pensée de faire de ces tumeurs, peu étudiées jusqu'ici, le sujet de notre thèse.

Après avoir choisi ce sujet, nous avions eu primitivement l'intention d'étudier ces tumeurs aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte ; mais craignant qu'un plan aussi vaste ne fût au-dessus de nos forces, nous avons cru utile de le restreindre. Nous nous bornerons donc à étudier ces tumeurs chez l'adulte, laissant de

côté complètement, malgré leur plus grande fréquence, celles que l'on observe chez l'enfant.

Bien qu'ayant ainsi beaucoup restreint notre travail, nous n'avons nullement la prétention d'arriver à faire une étude complète et parfaite de ces tumeurs, mais seulement l'intention d'exposer dans notre travail l'état actuel de la science sur cette question. Nous espérons prouver que cette question des tumeurs de l'ombilic est très importante et mérite d'être étudiée, car « si les tumeurs de l'ombilic sont rares, elles méritent cependant d'être décrites à cause de leurs variétés et des signes particuliers qu'elles empruntent à la région » (Blum). Nous ajouterons que ces tumeurs ont acquis de nos jours un intérêt tout particulier au point de vue de l'intervention chirurgicale et des heureux résultats qu'elle peut donner dans certains cas.

Nous prions notre cher maître, M. Nicaise, de vouloir bien recevoir ici tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et les excellents préceptes que nous avons puisés à son enseignement.

Que M. Blum reçoive également l'expression de notre sincère reconnaissance pour l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu nous communiquer les documents qu'il avait en sa possession et nous guider dans notre travail.

Quant à M. le professeur Richet qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE.

La rareté de ces tumeurs nous explique pourquoi les auteurs se sont peu souvent occupés de cette question. Si l'on remonte à une date antérieure à 1876, époque à laquelle M. Blum fit paraître dans les Archives de médecine du mois d'août un mémoire sur les tumeurs de l'ombilic chez l'adulte, on ne trouve aucun auteur ayant fait un travail d'ensemble sur ces tumeurs. On trouve rapportés seulement dans les journaux de médecine, tant en France qu'à l'étranger, un petit nombre de faits suivis de quelques commentaires. C'est ainsi que Küster en 1874 (dans Arch. f. Klin., XVI, art. 1, p. 234), rapporte cinq cas de tumeurs de l'ombilic et, à ces cas que lui ont fourni ses recherches bibliographiques, il en ajoute trois inédits qu'il fait suivre de quelques mots sur leur traitement et leur extirpation. M. Duplay, dans son traité de pathologie externe, 1878, consacre quelques pages à l'étude de ces tumeurs ; enfin M. Nicaise en fait l'objet d'un article spécial dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1881). C'est surtout dans les travaux de MM. Blum et Nicaise que nous avons puisé de précieuses indications pour l'étude de ces tumeurs.

ANATOMIE.

L'ombilic occupe chez l'adulte le centre de la paroi abdominale antérieure. Limité sur les côtés par deux lignes verticales, menées perpendiculairement de cha-

que épine pubienne au rebord costal, en haut par une ligne horizontale passant au-dessous des fausses côtes, en bas par une autre ligne horizontale unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures, il se trouve situé entre les deux flancs, au-dessous de l'épigastre, au-dessus de l'hypogastre.

Au centre de la région, on voit la peau former une dépression, sorte de doigt de gant retourné, cicatrice ombilicale.

Ne voulant insister ni sur le développement de cette cicatrice, ni sur les déductions intéressantes qui s'y rattachent, nous dirons seulement qu'à l'état normal, l'ombilic est constitué d'avant en arrière par les plans suivants : 1° la peau, qui est particulièrement fine, dépourvue au niveau de la cicatrice de son fascia superficialis et de la couche graisseuse sous-cutanée ; 2° l'anneau ombilical, véritable anneau fibreux constitué aux dépens de l'aponévrose qui constitue la ligne blanche. Sur son pourtour nous trouvons : latéralement et à droite la veine ombilicale ou pour mieux dire le cordon qui la remplace chez l'adulte, en bas trois prolongements constitués, le médian par l'ouraque, les deux latéraux par les artères ombilicales ; 3° enfin, le péritoine intimement adhérent au pourtour de l'anneau et à la peau. Cette fusion intime de la séreuse et du tégument externe, nous explique comment on a pu discuter pendant longtemps pour savoir, si les hernies ombilicales avaient ou n'avaient pas de sac. Nous aurons également à y insister au chapitre du traitement et nous montrerons qu'on doit en déduire des indications vraiment pratiques au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Sans vouloir insister davantage sur cette esquisse anatomique, nous ferons remarquer en terminant que les lymphatiques de la région se rendent, les supérieurs aux ganglions axillaires, les inférieurs aux ganglions inguinaux. Cette particularité a son importance au point de vue du retentissement que peuvent avoir les tumeurs malignes de l'ombilic sur les glandes lymphatiques correspondantes. C'est ainsi que dans un cas relaté par Demarquay, on vit une tumeur ombilicale s'accompagner d'une adénopathie inguinale très notable, adénopathie qui s'accentua encore après l'ablation de la tumeur (Demarquay, Bull. Soc. chir., 1871.) Hâtons-nous d'ajouter que le cas auquel nous faisons allusion fut considéré comme un papillome, mais que les caractères objectifs de la tumeur, son retentissement sur les ganglions autorisent à penser qu'il s'agissait en réalité d'une néoplasie de mauvaise nature.

TUMEURS DE L'OMBILIC.

Au premier abord on se trouve assez embarrassé pour dire ce que l'on doit entendre par tumeurs de l'ombilic. On peut, en effet, observer dans la région, d'une part des tumeurs autochtones, c'est-à-dire développées aux dépens des éléments constituants de la paroi et de la cicatrice ombilicale et d'autre part des tumeurs venues des parties profondes et ayant fait invasion dans la région ombilicale.

Ces dernières, à notre avis, méritent le nom de *tumeurs à l'ombilic*, tandis que nous réserverons aux premières seules le nom de *tumeurs de l'ombilic*.

Cette division adoptée d'ailleurs par M. Nicaise, dans son excellent article du Dictionnaire encyclopédique, et par M. le professeur Duplay, dans son Traité de pathologie externe, nous semble la plus rationnelle. Elle nous permet d'éliminer d'emblée du cadre que nous nous sommes tracé les hernies ombilicales, les tumeurs que viennent faire parfois à la région les kystes hydatiques du foie, l'ascite, les collections purulentes dans certains cas de péritonite, enfin divers néoplasmes évoluant vers la périphérie.

Nous reconnaissons tout le premier que dans bon nombre de circonstances, il est bien difficile de décider si l'on a affaire à une *tumeur de l'ombilic* ou à une *tumeur à l'ombilic* : c'est là un point que nous aurons à discuter assez longuement au chapitre du diagnostic ; néanmoins nous ne pensons pas qu'il y ait là une raison suffisante pour nous faire abandonner la division précédemment indiquée.

Donc nous n'étudierons que les tumeurs développées aux dépens des éléments constituant la région ombilicale même. De plus, nous croyons devoir éliminer du nombre de ces dernières les concrétions ombilicales qui, à notre avis, ne méritent pas plus d'être classées parmi les tumeurs de l'ombilic que, par exemple, les bouchons cérumineux ne méritent de figurer parmi les tumeurs de l'oreille.

Nous n'étudierons pas non plus les abces, qui, pour nous, ne sont pas véritablement des tumeurs. Si cette déclaration pouvait paraître trop exclusive ou trop téméraire, nous l'abriterions de l'autorité de Virchow, qui déclare (Traité des tumeurs, tome I) : « On aurait beau mettre quelqu'un à la question pour lui faire dire

ce que sont en réalité les tumeurs; je ne crois pas que l'on puisse trouver un seul homme en mesure de le dire... Il s'ensuit que chacun est libre de reconnaître telle ou telle chose pour une tumeur. »

En dernière analyse, par tumeurs de l'ombilic de l'adulte, nous n'entendons parler et nous ne parlerons que des tumeurs développées aux dépens même des tissus qui constituent la région ombilicale, en laissant les abcès de côté.

Tout restreint qu'il est, le cadre nous semble encore bien vaste et surtout bien difficile à remplir d'une façon satisfaisante. Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de notre tâche en présence d'une question encore à l'étude, où nous trouvons tous les documents épars, plusieurs opinions en controverse et enfin peu d'examens anatomiques complets ou sérieux. Néanmoins par un choix scrupuleux des observations anciennes et récentes, françaises et étrangères, auxquelles nous ajouterons quelques cas inédits, nous nous efforcerons d'arriver à une étude synthétique du sujet qui nous occupe. Heureux si notre labeur nous permet d'approcher du but difficile que nous nous sommes proposé.

DIVISION.

Les tumeurs de l'ombilic peuvent être divisées en deux grandes classes.

1° Tumeurs bénignes.

2° Tumeurs malignes.

Nous classerons les unes et les autres de la façon suivante :

Tumeurs	bénignes	liquides	lymphocèles	
			kystes	sébacés. dermoïdes.
		solides	papillomes	
			fibromes	
	malignes	sarcomes		
		épithéliomes		
		carcinomes	secondaires.	
			primitifs.	

Et c'est dans cet ordre que nous procéderons à leur étude.

A. Tumeurs bénignes.

I. *Tumeurs liquides.*

Ces tumeurs très fréquentes chez l'enfant sont au contraire extrêmement rares chez l'adulte.

1° *Lymphocèles.* — Il n'existe à cet égard que quelques cas observés par M. Kœberlé chez les femmes atteintes de kystes volumineux de l'ovaire. Parfois, dit cet auteur (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, article Ovaire (kystes), tome XXV, p. 532), les vaisseaux lymphatiques sous-ombilicaux prennent un développement excessif ; l'ombilic devient le siège de tumeurs (lymphocèle ombilicale) constituées exclusivement par des dilatations sacciformes des vaisseaux lymphatiques.

Dans une note communiquée à M. Blum et que ce dernier a très obligeamment mise à notre disposition, le chirurgien de Strasbourg s'exprime en ces termes : « Dans deux cas où elles compliquaient les tumeurs ovariques, je les ai chaque fois reconnues et excisées, lors de l'incision abdominale ; l'une d'elles avait 8 cen-

m ètres de diamètre. Ces tumeurs n'ont jamais encore été décrites et encore moins reconnues sur le vivant. »

2° *Kystes.* — Il existe peu de cas de kystes de l'ombilic, la plupart des tumeurs décrites comme telles n'étaient que des concrétions sébacées du fond de la cicatrice. Deux cas cependant méritent d'être mentionnés. Le premier est celui de Langenbeck (1872) rapporté par Küster (*loc. cit.*), qui peut être considéré comme un exemple de kyste dermoïde ; le second, qui est un cas de kyste sébacé, vient d'être publié tout récemment dans la Revue de chirurgie (mars 1883), par M. Guelliot (de Reims).

Dans l'un et l'autre cas, il s'agissait de tumeurs pédiculées, de consistance mollasse, et se présentant sous forme de petites figues appendues à la cicatrice ombilicale.

La consistance, la forme, la pédiculisation de ces tumeurs, leur évolution très lente (dans les deux cas que nous citons, elles dataient de l'enfance), tels seront les symptômes qui permettront de penser à cette variété de tumeurs qui, nous le répétons, sont d'ailleurs très rares.

Observation I.

Kyste de l'ombilic pouvant être considéré comme un kyste dermoïde.

Une fille de 21 ans présente à l'ombilic une tumeur congénitale, qui après être restée longtemps stationnaire, augmente lentement depuis quelque temps. Cette tumeur arrondie, molle est reliée par un pédicule au segment gauche de la cicatrice ombilicale. La tumeur est enlevée et la malade guérit rapidement.

Elle se compose d'une cavité renfermant un liquide athéromateux, de la graisse liquide, des cellules épithéliales, des cristaux de cholestérine (Küster, Arch. Lang., 1874, citée par Blum, *loc. cit.*).

Observation II

Kyste sébacé pédiculé de l'ombilic.

(Observation publiée par le Dr Gueilliot (de Reims), dans la Revue de chirurgie (mars 1883).

En mai 1882, se présente dans le service de M. Péan, à Saint-Louis, un garçon coiffeur, âgé de 27 ans, L... (Auguste), qui vient consulter pour une tumeur de la région ombilicale.

Il est très affirmatif sur le début de cette tumeur, qui, d'après ce qu'on lui a dit, a été remarquée dès sa naissance et a conservé pendant longtemps le volume d'une noisette. Indolente et peu gênante, elle n'avait pas préoccupé ce jeune homme. Mais il y a cinq ou six semaines, sous l'influence de la pression produite par une ceinture trop serrée, la grosseur, qui avait à peine la dimension d'une petite noix, s'accroît jusqu'à atteindre 3 à 4 centimètres de diamètre, elle devient douloureuse, rougit en son point culminant, où, le 25 mai, il se fait une petite ulcération. Il en sort une matière blanche, épaisse, grumeleuse.

C'est alors que le malade se décide à consulter. Lorsque nous le voyons (27 mai), l'ulcération s'est déjà cicatrisée. La tumeur, bien pédiculée, a le volume et très exactement la forme d'une petite figue appendue à la cicatrice ombilicale. Elle est flasque, un peu ridée et donne la sensation d'une poche demi vide, dont le contenu est épais et dépressible. Elle n'est pas douloureuse à la pression. La peau qui la recouvre est mince, à sensibilité obtuse, parcourue par quelques veinules apparentes.

L'implantation se fait dans la dépression ombilicale, à la partie supérieure de la cicatrice, que l'on aperçoit lorsqu'on relève la tumeur. Le pédicule ne semble adhérer qu'aux téguments, et on propose immédiatement l'ablation. Mais, très pusillanime, le malade refuse et, prétextant ses empêchements professionnels, remet l'opération à la semaine suivante. Il ne s'est pas représenté à l'hôpital.

II. *Tumeurs solides.*

Papillomes et fibromes. — Nous rangeons dans une même classe ces deux variétes de tumeurs bénignes. En effet, leurs signes objectifs sont à peu près identitiques, et, de plus, au point de vue histologique elles se confondent fréquemment en une variété mixte : les papillo-fibromes.

C'est à cette catégorie que nous semblent devoir appartenir les tumeurs dites verruqueuses que Cooper, Forster, Holmes et Bryant ont décrites à l'ombilic. A part le cas de Goltz publié par Küster (Arch. Lang., 1874, p. 237), nous ne connaissons comme exemple authentique de papillo-fibrome de l'ombilic que la très intéressante observation de M. Nicaise, que l'on trouvera rapportée en détail un peu plus loin. A ces deux cas, nous en ajouterons un troisième dû à M. Blum. Malheureusement, dans ce dernier cas, le diagnostic papillome porté par le chirurgien ne put être vérifié histologiquement, l'opération n'ayant pas été pratiquée.

Les causes des papillo-fibromes sont inconnues.

Les symptômes du début sont insignifiants pour ainsi dire. Dans le cas de M. Nicaise, observé avec beaucoup de soin, il existait comme phénomène initial un prurit très marqué à la région.

Peu à peu apparaît une petite tumeur, tantôt unique, tantôt composée d'un nombre plus ou moins grand de lobules juxtaposés, d'où un aspect muriforme et qui va en augmentant graduellement de volume.

Cette tumeur est ordinairement sessile, ou du moins à large pédicule, peu ou pas douloureuse. De grosseur variable, une noisette (cas de M. Blum), elle peut atteindre les dimensions d'une noix (cas de M. Nicaise) et même plus.

Sa consistance est dure, fibreuse.

Il n'existe aucun retentissement ganglionnaire.

L'état général est bon.

L'évolution des signes objectifs et subjectifs feront facilement reconnaître d'abord la bénignité de la tumeur, puis sa nature fibro-papillaire. On pourra de plus s'aider de l'examen biopsique et enlever sur le malade une parcelle de la tumeur pour l'étudier histologiquement; seulement nous avons ici à signaler une cause d'erreur, bien difficile d'ailleurs à éviter. En effet, pour pratiquer l'examen biopsique, destiné à éclairer le diagnostic et à indiquer l'opportunité de l'intervention chirurgircale, on ne peut enlever qu'une portion minime de la tumeur. Or, on sait combien il est difficile, en histologie, de décider de la nature d'une tumeur, si l'on n'a pu faire des coupes multipliées dans toute son étendue et sur différents points du néoplasme. C'est ce qui explique que l'examen biopsique ne donne pas tous les résultats que l'on serait en droit d'en attendre, qu'il fournisse même des renseignements inexacts et qu'en particulier dans le cas de M. Nicaise, un premier examen fait avant l'opération, sur une portion minime de la tumeur, ait permis de conclure à l'existence d'un épithélioma tubulé, tandis que l'opération faite on put facilement se convaincre qu'il s'agissait d'un fibro-papillome, ce qui était d'ailleurs le diagnostic clinique.

Observation III.

Papillome.

Un homme de 36 ans est atteint, en janvier 1876, d'un chancre du gland qui guérit au bout de quinze jours. En septembre, il entre à l'hôpital pour une tumeur de l'ombilic qui datait de six semaines et augmentait rapidement. A ce moment de l'observation, cette tumeur avait la grosseur de la phalangette du petit doigt, elle est peu mobile et on ne peut définir son point d'implantation.

Elle sécrète une humeur infecte et présente un aspect framboisé particulier. Guérison par l'ablation.

La tumeur se compose de papilles hypertrophiées et recouvertes de cellules épithéliales; on trouve dans ce revêtement quelques globes épithéliaux dus à l'accumulation de cellules. L'auteur considère la tumeur comme un papillome (Küster, Arch. Lang., 1874, p 237, rapporté dans Blum, loc. cit.).

Observation IV.

Papillome.

L.... 40 ans, présente depuis sa naissance une tumeur du volume d'une noisette s'insérant par un pédicule épais sur la partie inférieure gauche de la cicatrice; cette tumeur est mamelonnée et doit être considérée comme un papillome.

Le malade nous dit que tous les ans elle détermine dans la région une inflammation légère qui disparaît facilement (Blum, loc. cit., p. 161).

Observation V.

Fibrome papillome de la cicatrice ombilicale. Ablation par excision de l'anneau ombilical.

(Observation publiée par M. Nicaise dans la Revue de chirurgie, janvier 1883).

Une femme de 43 ans, concierge, entre le 21 juin 1882, dans mon service, à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 11.

Pas d'antécédents héréditaires, quelques accidents strumeux dans l'enfance.

Règlée à 13 ans, règles régulières ; trois enfants morts jeunes.

Pas de syphilis ; alcoolisme.

Le début de la maladie actuelle remonte à un an.

La malade éprouva alors un léger prurit au niveau de l'ombilic ; dans le fond de la dépression existaient de petites élevures de la grosseur d'une tête d'épingle.

Ces granulations augmentèrent peu à peu de volume et formèrent il y a six mois une tumeur qui faisait saillie au-dessus de la peau voisine de l'ombilic. Des douleurs survinrent dans la tumeur, dont la surface s'excoria légèrement ; les frottements étaient douloureux et la malade était gênée pour porter ses vêtements.

Etat à l'entrée — La malade paraît d'une bonne constitution, mais elle est grasse, excitable.

Les viscères sont sains, rien à l'utérus ; les urines sont normales.

Au niveau de la dépression ombilicale existe une tumeur saillante, plus large qu'une pièce de 1 franc, dépassant de 1 centimètre environ les parois abdominales, arrondie, du volume d'une noix, gris rosé à sa surface et présentant de petites excoriations. Elle est constituée par de petits lobules d'un volume variable, de consistance ferme.

La tumeur, rétrécie à sa base, est adhérente au fond de la dépression ombilicale, sur la cicatrice même, et est séparée des parties voisines par un sillon circulaire profond, d'autant plus que le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale est infiltré par une couche épaisse de tissu graisseux.

Un des lobules est enlevé pour être examiné au microscope ; le résultat de cet examen fut que l'on avait affaire à un épithélioma, à cellules cylindriques.

L'ablation de la tumeur est décidée ; la malade la réclame.

Je fais l'opération le 26 juin avec l'assistance de mon collègue M. Blum. La malade est anesthésiée ; la région ombilicale est savonnée, puis lavée à l'eau phéniquée. Pensant que peut-être je pourrais enlever la tumeur sans ouvrir le péritoine, je fis sur le milieu du néoplasme une incision verticale, de façon à le séparer en deux parties et à enlever séparément chaque moitié ; j'incisai par petits coups, espérant trouver enfin des tissus sains ; mais la tumeur était comme je l'ai dit adhérente à la cicatrice ombilicale, qui elle-même adhère au péritoine, de sorte que celui-ci fut ouvert. Cette circonstance était prévue, mais je devais commencer par cette incision.

Il restait maintenant à enlever la cicatrice ombilicale et l'an-

neau ombilical; je réunis d'abord avec un fil d'argent les deux moïtiés de la tumeur; puis je circonscrivis l'ombilic par une incision elliptique dont le grand axe était formé par la ligne blanche. Je disséquai la peau et le tissu graisseux, en me dirigeant obliquement vers l'anneau ombilical aponévrotique ; une fois celui-ci découvert et exploré avec le doigt, je le circonscrivis également par une incision elliptique, plus petite que l'incision de la peau. L'anneau ombilical fut ainsi enlevé, avec la tumeur et le péritoine adhérent. L'ouverture faite à l'abdomen mesurait 5 à 6 centimètres.

Le grand épiploon fut cherché et étalé en avant des intestins, les séparant de la plaie abdominale, puis je fis avec le fil d'argent trois points de suture profonde. comprenant toute l'épaisseur des parois, avec le péritoine; trois points de suture supercielle furent placés.

La méthode antiseptique fut suivie pendant l'opération. Pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible; ni douleurs, ni élévation de température Je fis le premier pansement le sixième jour; la réunion par première intention était complète. J'enlevai les sutures superficielles. Deux jours après, j'enlevai les sutures profondes, que je laissai plus longtemps, afin d'avoir une cicatrice plus solide.

Je remplaçai immédiatement les fils par une sorte de suture sèche destinée à empêcher les tiraillements de la cicatrice. J'appliquai de chaque côté de l'abdomen une large plaque de diachylon découpée en quatre lanières à sa partie externe, pour en faciliter l'application sur la surface courbe du ventre et sur le bord interne de laquelle quatre rubans de fil avaient été cousus. Les rubans symétriques furent noués ensemble sur la ligne médiane, au-dessus d'une compresse phéniquée qui recouvrait la cicatrice.

Cette suture sèche, que j'ai vu employer par Hégas, de Fribourg, dans ses ovariotomies, maintient très bien la paroi abdominale.

Le 10 juillet, la malade se leva, quatorze jours après l'opération.

Je l'ai revue depuis ; la cicatrice est très solide, et il n'y a pas la moindre menace d'une éventration; néanmoins la malade porte une ceinture de flanelle qui fait plusieurs fois le tour du ventre et maintient la cicatrice.

L'examen histologique fait après l'ablation ne donna pas le même résultat que le premier; la tumeur serait un fibro-papillome de la cicatrice ombilicale.

B. Tumeurs malignes.

Les tumeurs malignes de l'ombilic sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes. Cette plus grande fréquence s'expliquerait d'après Waldeyer (Volkman, samlung klin. vortrage n° 33) par la prolifération ultérieure des cellules épithéliales englobées dans la cicatrice. Pour M. Blum, elle tiendrait à la grande facilité avec laquelle tout tissu cicatriciel subit la transformation cancéreuse, sous l'influence d'irritations répétées. Or, ces irritations sont ici très fréquentes (corps étrangers, accumulation de sébum).

Il nous semble, quant à nous, que ces deux explications ont leur raison d'être : l'opinion de Waldeyer nous permet, en effet, de comprendre la pathogénie de l'épithélioma ombilical ; celle de M. Blum nous montre une cause prédisposante de grande valeur pour toute tumeur carcinomateuse.

A part ces particularités pathogéniques fort intéressantes, on peut dire de l'étiologie des tumeurs malignes de l'ombilic qu'elle est aussi obscure que celle de toutes les autres néoplasies cancéreuses. Presque toujours les malades invoquent comme point de départ, comme cause déterminante de la tumeur un coup, une chute, etc. Nous ne considérons pas quant à nous cette question étiologique comme aussi banale qu'on le fait d'ordinaire, et nous sommes fermement convaincu que chez un individu prédisposé au cancer ou cancéreux de quelque organe, un coup, un froissement

prolongé peuvent devenir, sur l'endroit ou l'organe traumatisé, le point de départ d'une colonie cancéreuse.

On nous permettra, comme preuve à l'appui de cette opinion, de publier l'observation suivante qui se rattache d'ailleurs indirectement au sujet qui nous occupe.

Observation VI (inédite).

Cancer de l'utérus. Epiplocèle ombilicale cancéreuse.

(Observation recueillie par notre ami L. Queyrut, interne des hôpitaux et communiquée par M. Nicaise).

Paterman (Aimée), 36 ans, employée de commerce.
Entrée le 26 février 1882, salle Chassaignac, lit n° 20.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de foie à 53 ans. Mère morte à 22 ans, suites de couches; un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Quelques accidents strumeux de l'enfance (gomme, glandes au cou n'ayant d'ailleurs pas suppuré). Aucune fièvre éruptive. Bonne santé habituelle.

Réglée à 14 ans; règles très régulières jusqu'à il y a quatre ans. Deux enfants, l'un mort à 9 mois, l'autre actuellement âgé de 28 ans et interné depuis huit ans dans un asile d'aliénés (pour attaques d'épilepsie dit la malade).

Il y a quatre ans, en mars 1879, la malade fut prise, sans cause appréciable, au moment d'une période cataméniale, d'une métrorrhagie des plus abondantes avec prostration considérable des forces; lipothymies, vertiges, etc. L'hémorrhagie persiste un mois durant d'une façon continue, puis reparut cinq ou six fois, à intervalles variables, dans les quatre mois qui suivirent, c'est à-dire jusqu'en septembre 1878.

A dater de ce moment, la malade reste deux ans sans avoir aucun flux utérin, soit normal, soit pathologique. En septembre 1880, réapparition des règles qui persistèrent très régulières, comme succession, comme abondance et comme durée, jusqu'à il y a cinq ans, mois d'octobre 1881. A ce moment, la malade fut prise de nouveau d'une métrorrhagie continue, peu abondante, souvent mélangée de flux leucorrhéique, et cet écoulement persiste encore aujourd'hui.

D'autre part, elle nous raconte qu'elle a éprouvé de 1870 à

1873, à intervalles irréguliers et sans cause déterminée, des crises douloureuses intenses à la faire rouler à terre : les douleurs étaient surtout accusées au niveau de la région ombilicale. En 1873, elle s'aperçut qu'elle avait une hernie ombilicale, hernie d'abord très petite, puis augmentant graduellement jusqu'à atteindre le volume du poing. Cette hernie était parfaitement souple, parfaitement réductible, et la malade la maintenait tant bien que mal à l'aide d'une ceinture et d'une pelote ombilicale. Un soir, il y a un mois, la malade constata qu'à la place de sa hernie existait une tumeur de même volume, mais extrêmement dure et non réductible. Peu après survinrent des nausées, des vomissements muqueux, alimentaires ou bilieux, qui se sont répétés à divers intervalles depuis ; notons que jamais ils ne sont devenus fécaloïdes. D'autre part, les selles étaient régulières et normales, bien qu'il existât, et cela depuis longtemps, un peu de constipation.

Quelques douleurs abdominales peu intenses d'ailleurs.

Ce sont ces antécédents qui décident la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade fortement constituée, mais très amaigrie, assez névropathique (migraine, émotivité, etc.). Teinte subictérique de la face et des conjonctives. La région ombilicale est occupée par une tumeur ovoïde, à grand diamètre transversal, ayant à peu près le volume d'un œuf d'oie. La cicatrice ombilicale déplissée semble coiffer la partie culminante de la tumeur.

Cette grosseur présente en son sommet, sur l'étendue environ d'une pièce de cinq francs en argent, une coloration rouge vineux, sans qu'il existe de phénomènes inflammatoires.

La masse saillante est parfaitement isolable, ne fait pas corps avec la paroi abdominale, mais adhère à la peau de l'ombilic ; elle se déplace très facilement sur les parties profondes, n'est pas réductible, et les tentatives de réduction font souffrir la malade. La pression modérée n'y provoque pas ou que très peu de douleur et donne la sensation d'un corps fibreux.

A la percussion, matité absolue ; l'auscultation combinée avec la pression de la tumeur ne permet pas de constater le déplacement liquido-gazeux.

Quant à ses dimensions exactes, la tumeur mesure 15 centimètres dans le sens transversal et 9 centimètres 1/2 dans le sens vertical.

D'autre part, le toucher vaginal fait constater la disparition complète du col et, à sa place, on trouve une ulcération infundibuliforme à parois déchiquetées, qui permettait de pénétrer largement dans la cavité utérine. En combinant le palper hypo-

gastrique avec le toucher, on trouve au-dessus du pubis une masse arrondie, assez dure et, par l'espèce de ballottement que l'on établit entre la main appliquée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin, on reconnaît que cette masse fait corps avec l'utérus. Le toucher n'est pas douloureux, mais provoque une abondante métrorrhagie.

L'exploration du rectum ne fournit que des signes négatifs.

Rien au cœur ; rien aux poumons.

L'appétit est assez bon, la langue légèrement saburrale ; les selles régulières ; pas de vomissements depuis quatre ou cinq jours.

Les urines, examinées à plusieurs reprises, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Diagnostic. — Épithélioma du col avec propagation aux annexes de l'utérus. Tumeur cancéreuse de l'ombilic, probablement développée aux dépens d'une épiplocèle.

Traitement. — Repos, toniques, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen.

Le 2 mars, la malade est prise sans cause appréciable, à la visite du matin, d'un frisson violent, prolongé, avec claquement de dents, horripilation, et de vomissements porracés. L'abdomen légèrement tuméfié est excessivement douloureux, surtout au niveau de l'hypogastre.

Le pouls est petit et bat 130 pulsations à la minute.

Température, 41,2.

En présence de ces symptômes, M. Nicaise diagnostique une péritonite aiguë intercurrente et prescrit de la limonade glacée, du lait glacé, du sirop d'éther et l'application de cataplasmes fortement laudanisés sur l'abdomen.

L'état de la malade va s'aggravant les jours qui suivent ; la péritonite se généralise en semblant suivre une marche ascendante ; le ballonnement du ventre est énorme, le facies est grippé, les narines sont pulvérulentes. Quant à la tumeur ombilicale, elle n'a subi aucune modification : la malade rend par l'anus des matières et des gaz. Pas de vomissements fécaloïdes.

Collapsus et mort le 7 mars.

Autopsie. — Faite le 9 mars, 36 heures après la mort. Rien du côté des organes thoraciques.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate la présence de néomembranes ténues, fibrineuses, cédant facilement à la traction et qui agglutinent entre elles les anses intèstinales. Ces fausses membranes deviennent de plus en plus épaisses à mesure qu'on se rapproche du petit bassin, dans lequel on trouve un verre environ de liquide purulent.

Rien du côté du rectum ni de la vessie.

L'utérus a complètement disparu et l'on ne trouve à sa place qu'une longue ulcération à parois putrilagineuses, qui s'ouvre en haut et à droite dans la cavité péritonéale, et c'est cette perforation qui a été manifestement le point de départ de la péritonite suraiguë qui a terminé la scène.

L'ovaire, les trompes ne constituent plus qu'une seule et même masse dure, bosselée. Il est possible toutefois de reconnaître l'ovaire droit qui, à la coupe, a nettement l'aspect d'un tissu lardacé et dont le raclage fournit une assez grande quantité de suc.

L'uretère droit compris au niveau du col utérin dans la gangue cancéreuse est presque complètement obstrué. Aussi le trouvons-nous, en amont, considérablement dilaté, au point d'atteindre le volume du petit doigt. Dilatation énorme du bassinet. Le rein correspondant réduit à l'état de simple coque est distendu par l'urine. Le rein du côté gauche est normal et ne présente qu'une légère hypertrophie.

La tumeur ombilicale est disséquée avec grand soin. La décortication se fait assez facilement, si ce n'est au niveau de la partie culminante de la tumeur, laquelle adhère intimement à la peau de l'ombilic. Sur le pourtour de la tumeur, il existe une vascularisation des plus marquées. Considéré par sa face péritonéale, l'ombilic présente au niveau de l'anneau une dépression infundibuliforme dans laquelle s'engage le grand épiploon, se continuant avec la tumeur. A l'endroit de l'infundibulum se voient quelques tractus fibrineux, résultat de l'inflammation péritonéale.

Au-dessous de la partie épiploïque herniée se trouve le côlon transverse.

Une coupe antéro-postérieure de la tumeur permet de constater que toute la partie herniée de l'épiploon a subi la transformation cancéreuse. Elle se présente sous l'aspect d'une masse lardacée, parsemée de points jaunâtres, laissant s'écouler par le raclage une grande quantité de suc opalescent. Particularité intéressante : toute la partie de l'épiploon qui est au delà de l'anneau ombilical ou, autrement dit, de l'orifice herniaire, est absolument saine ; seule, la partie herniée s'est transformée en une masse cancéreuse.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait là d'un cancer encéphaloïde.

Cette importante observation peut se résumer ainsi :

Une femme portant depuis neuf ans une épiplocèle ombilicale fait un cancer de l'utérus. Consécutivement son épiplocèle qui, comprimée par un bandage insuffisant allait et venait, tantôt sortant du sac ombilical, tantôt y rentrant, qui en un mot était exposée à des froissements continuels, son épiplocèle, disons-nous, devient cancéreuse. Et comme pour prouver encore davantage l'influence pathogénique du traumatisme, le cancer se localise exclusivement, se cantonne dans la partie de l'épiploon qui était herniée, c'est-à-dire froissée, comprimée, traumatisée à chaque instant.

De tout ceci nous croyons pouvoir légitimement conclure : d'une part que, suivant la théorie à laquelle M. Verneuil donne l'appui de sa grande autorité, le traumatisme a peut-être comme cause déterminante de cancer plus d'importance qu'on ne veut lui en accorder ; d'autre part, que pour l'ombilic en particulier la présence de cellules épithéliales englobées dans la cicatrice, la présence de tissu cicatriciel sont autant de loci minoris resistentiæ qui, vienne un traumatisme, vienne une irritation quelconque, subiront rapidement la dégénérescence cancéreuse.

Les tumeurs malignes de l'ombilic sont de nature diverse : sarcome (Richet, Bryant), épithélioma (Dolbeau, Després), cancer colloïde (Hüe et Jacquin, Union médicale, 1867), cancer encéphaloïde (Demarquay Bullet Soc. chir., 1871), etc.

Tantôt elles se développent primitivement dans la région ombilicale : c'est ce qui s'observe d'ordinaire pour le sarcome, l'épithélioma, exceptionnellement pour le carcinome ; tantôt, et plus souvent, il s'agit alors de carcinome, elles sont contemporaines ou con-

sécutives à un cancer viscéral : cancer de l'utérus (Lorain), de la vessie (Hüe et Jacquin), du grand épiploon (d'Heilly, thèse de Catteau, 1876), de l'estomac (Wulckow. Berl. med. voch., XII, 1875, Brossard, etc.).

Leur volume est variable : une noix (Richet), une orange (Bryant), le poing (Hüe et Jacquin), etc.

Leur forme est des plus diverses : tantôt plus ou moins largement pédiculées, elles affectent l'aspect d'un champignon ; d'autres fois elles sont constituées par une seule masse arrondie, régulière ou mamelonnée ; d'autres fois encore par plusieurs lobes juxtaposés.

A leur niveau, la peau a conservé, dans certains cas, son aspect normal ; plus souvent elle est violacée, rouge, ulcérée, donnant issue à un liquide sanieux et fétide.

Leur consistance n'a également rien de fixe ; elle peut être d'une dureté ligneuse (sarcome), ou d'une mollesse qui va jusqu'à la demi-fluctuation,

A part le cas de Demarquay, auquel nous avons déjà fait allusion au chapitre de l'anatomie, nous n'avons trouvé signalé dans aucune observation l'engorgement des ganglions soit inguinaux soit axillaires. Peut-être est-ce parce que l'attention des observateurs n'a pas été attirée d'une façon suffisante sur ce point particulier, qui cependant semble mériter considération.

L'évolution de ces tumeurs est très variable : plus lente dans le cas de sarcome, rapide au contraire dans le cas d'épithélioma et de carcinome, avec phénomènes de cachexie au bout de peu de temps.

Quant au diagnostic et au pronostic, nous l'étudierons en détail dans un chapitre ultérieur.

Nous avons classé ci-après les observations les plus probantes de tumeurs malignes de l'ombilic ; observations soit inédites, soit empruntées à la littérature médicale.

L'ordre que nous avons adopté est le même que celui déjà indiqué ;

Sarcomes.

Epithéliomes.

Carcinomes.

Observation VII.

Sarcome.

(Richet, in Blum. Loc. cit., p. 164).

Une femme de 54 ans, présentait à l'ombilic une tumeur du volume d'une petite noix, mamelonnée, ulcérée et sécrétant un liquide sanieux et fétide. La tumeur fut considérée par Nélaton comme inopérable et composée d'une partie extérieure avec un prolongement abdominal. M. Richet fit l'ablation. Au bout de douze ans, la guérison était maintenue.

La tumeur se composait d'éléments fibro-plastiques entremêlés d'une grande quantité de cellules embryogéniques.

L'observation de Bryant, qui fait suite, est également un exemple de sarcome. Cette observation est d'ordinaire à peine signalée ou très brièvement résumée par les auteurs. Il nous a paru intéressant, à cause de la rareté du cas, de la publier in extenso, et nous avons prié un de nos amis de vouloir bien nous en donner la traduction complète que voici :

Observation VIII.

Tumeur à noyaux fibreux.

(Bryant. Guy's Hosp. Reports, 1863, p. 265).

Je ne me rappelle, dit Bryant, qu'un seul exemple de tumeurs à noyaux fibreux. Le cas se présenta chez un malade, du service

de M. Cook, âgée de 30 ans. La tumeur était en évolution depuis trois mois. Lorsque la malade entra à l'hôpital de Guy en avril 1857, cette tumeur avait à peu près le volume d'une orange et se trouvait située à côté de l'ombilic ; elle dépendait évidemment des tissus profonds et donnait à la main la sensation d'un tissu dur, fibreux. Il n'existait pas d'hypertrophie ganglionnaire consécutive et la santé était bonne. La tumeur s'enleva facilement et à l'examen microscopique on la trouva constituée simplement par des noyaux entourés de tissu fibreux.

C'est le seul exemple de tumeur de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, de tels cas étant évidemment très rares.

Ce fait d'être constituées principalement d'éléments cellulaires rapproche ce cas des tumeurs malignes et me conduit à admettre une autre classe de tumeurs fibro-plastiques décrites par M. Paget, comme des tumeurs fibreuses récidivantes.

Observation IX.

Epithélioma.

(Blum. Loc. cit., p. 164).

M. le professeur Dolbeau a opéré une femme de 60 ans d'une tumeur épithéliale du volume d'un œuf. Malgré l'ablation complète, la tumeur récidiva sur place; une seconde opération amena la guérison complète.

Il existe bien quelques autres cas d'épithélioma de l'ombilic, mais ils nous semblent trop peu probants pour que nous veuillions les rapporter.

Il faut faire exception pour le cas très intéressant que vient de présenter M. Desprès à la Société de chirurgie et qui mérite une sérieuse considération, non seulement au point de vue de l'observation elle-

même, mais encore au point de vue de l'intervention chirurgicale qu'il a nécessitée.

Observation X.

Cancer ombilical.

(Observation communiquée à la Société de chirurgie, séance du 21 mars 1883, par M. Després).

Le nommé Gautier, âgé de 74 ans, rentier, entre à l'hôpital de la Charité le 12 février 1883, salle Saint-Jean, lit n° 16.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'apoplexie à 76 ans; mère de dysenterie à 59; il a deux sœurs qui se portent bien.

Antécédents personnels. — Le malade n'a eu qu'une fluxion de poitrine en 1837.

A la fin de novembre 1882, il s'aperçoit du début de son affection, grâce à une douleur que provoquait le contact des vêtements sur l'ombilic.

En même temps apparut, au niveau même de la cicatrice ombilicale, une surface rougeâtre un peu saignante, et que le malade compare à un pois.

Cette tumeur faisant saillie à la surface de l'abdomen, augmente rapidement, si bien que le 18 janvier 1883, le malade vient à Paris consulter M. Després.

La tumeur, à ce moment-là, n'a que le quart du volume qu'elle présentera le jour de l'opération.

M. Després la cautérise avec du chlorure de zinc, quoiqu'il ait diagnostiqué un cancer de l'ombilic.

La tumeur augmente et le 12 février le malade entre à l'hôpital.

Voici l'état du malade à l'entrée. C'est un vieillard robuste. Sans aucune infirmité. A l'ombilic, il présente une tumeur saignante, faisant un peu saillie au dehors, et de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Elle présente tout à fait l'aspect d'un épithélioma. En examinant de plus près, on peut constater qu'elle s'étale seulement sur la face externe de l'abdomen en forme de tête de clou, et qu'elle a son pédicule à l'ombilic.

Elle ne fait pas saillie appréciable dans la cavité abdominale. Elle ne présente donc pas la forme d'un bouton de chemise, ce dont on s'assure en faisant un pli à la paroi abdominale avec les deux mains. On constate alors qu'il n'existe pas de tuméfac-

tion tout autour de la tumeur, dont le volume peut être comparé à une grosse châtaigne. Etant donnée la rapidité avec laquelle la tumeur a augmenté, M. Després se décide à en faire l'ablation avant qu'elle n'ait pris du développement dans l'abdomen, ce qui est, comme on le sait, à peu près fatal.

L'opération est pratiquée le 21 février. Deux incisions en croissant circonscrivent la peau qui entoure l'ombilic, et la tumeur est disséquée tout autour. Arrivé sur l'ombilic, M. Després constate qu'elle pénètre dans l'ouverture aponévrotique, ainsi qu'il s'y attendait. Le péritoine ouvert, on constate que la tumeur tient à l'épiploon. Cet organe, un peu attiré au dehors, une section est faite, et, de suite, M. Després attire l'épiploon au dehors; il fait une hernie épiploïque du volume du pouce.

Un petit vaisseau de cet épiploon donne, une ligature est posée; c'était le point où le cancroïde adhérait à l'épiploon.

M. Després ferme alors la plaie à l'aide de trois points de suture. Celui du milieu est profond. Il comprend l'épiploon hernié, mais sans intéresser l'anneau ombilical et le péritoine.

Le supérieur et l'inférieur ne comprennent que la peau. La ligature artérielle passe et pend entre les deux sutures inférieures. L'opération, qui a été faite au chloroforme, sans que le malade soit cependant soumis à une résolution complète, n'a pas duré un quart d'heure.

Le pansement est fait avec une large ceinture de diachylon, faisant une fois et demie le tour du corps et assez serré pour empêcher le ballonnement du ventre et les effets funestes que pourraient avoir les effets de toux.

Diète absolue; pas de boissons.

Le malade, pendant les jours qui ont suivi, n'a pas eu de fièvre notable. Le soir de l'opération, 38°.

Tous les autres jours, la température a été normale. Aucun vomissement, ni aucun hoquet.

Le lendemain de l'opération, le malade se trouvant bien, on lui donne un peu d'eau rougie. Pas le moindre signe de péritonisme.

Le troisième jour seulement, comme aucun accident ne s'est produit, on lui donne dans la journée un peu de pain trempé dans du vin, sa nourriture préférée, dit-il. On lui donne aussi un œuf.

Même nourriture pendant huit jours.

Voici, d'ailleurs, le relevé jour par jour de ce que l'on a fait : quarante-huit heures après l'opération, ainsi que je l'ai dit, on a opéré la simple section des fils (23 février). T. 37°5 le soir.

Le 26. On enlève complètement un des fils. Le malade mange

un œuf depuis deux jours, et a été à la selle; on lui a donné un lavement. T. 37°8 le soir.

La bande de diachylon est entièrement changée le 27 et on enlève un autre fil qui avait formé un tout petit abcès miliaire. T. 37°8.

Dans la journée le malade va toujours bien. Il mange deux biscuits. Il rend des gaz.

Le 28. l a ligature de l'épiploon est retirée. Rien de nouveau. Toujours pas de fièvre. T. 37°8.

1er mars La hernie épiploïque se détache. Le malade tousse un peu. Potion diacode.

Le 3. La bande de diachylon est changée. T. 37°2.

Le 4. On a donné au malade un peu de viande qu'il n'a pas bien digérée T. 37°6.

Le 5 et le 7. Le malade va toujours bien.

Le 7. Le malade se lève de son lit pour rester dans un fauteuil.

Le 8. La plaie est complètement cicatrisée. On remplace le diachylon par une plaque de diachylon et une ceinture de flanelle.

Le 9. Le malade, opéré depuis quinze jours, est en état de rentrer chez lui.

Le 10. Il sort de l'hôpital, il portera une ceinture serrée sur l'abdomen pour empêcher une hernie de se produire en arrière de l'épiploon adhérent.

Carcinomes. — Il n'existe dans la science qu'un seul cas de carcinome primitif : c'est celui de Wilms publié par Küster. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer la revue allemande dans laquelle il a paru.

Quant aux cas de carcimones secondaires, ils sont tellement nombreux que nous croyons superflu de reproduire les observations déjà éditées sur ce sujet.

On les trouvera, du reste, soigneusement et très clairement analysées dans le mémoire de M. Blum.

Nous nous bornerons à ajouter une observation inédite de cancer de l'ombilic consécutif à un cancer du pylore, observation intéressante au point de vue de la difficulté du diagnostic et que nous devons à l'obli-

geance de notre ami Jules Brossard, interne distingué des hôpitaux.

Observation XI (inédite).

(Communiquée par notre ami J. Brossard, interne des hôpitaux).

Couturier, 63 ans, tailleur, entré le 22 juillet 1882, lit n° 3 service de M. Cruveilhier.

Antécédents. — Bonne santé dans son enfance, parents morts vieux. Enfants bien portants. Il y a deux ans, le malade a commencé à ressentir des douleurs assez vives dans l'abdomen, accompagnées de diarrhée. Pas de vomissements. Il continue à travailler, mais s'affaiblit de plus en plus ; l'appétit reste normal. Cet état se maintient jusqu'au 14 juillet dernier, sans que l'on trouve dans l'abdomen de tumeur appréciable.

Le 14 juillet dernier, il est pris de douleurs beaucoup plus fortes, après s'être fatigué plus qu'à l'ordinaire à travailler, et il se forme alors au-dessus de l'ombilic, sur la partie médiane, une tuméfaction qui ressemble beaucoup à un abcès de la paroi abdominale. Pas de vomissements, la diarrhée persiste seule, mais on ne remarque pas de sang dans les garde-robes. C'est dans cet état que le malade entre à la maison de santé le 22 juillet dans le service de M. Lecorché.

La tuméfaction située au-dessus de l'ombilic est bien sur la ligne médiane, profonde et difficile à bien délimiter. On fait le diagnostic d'abcès de la paroi abdominale et M. Sée est appelé le 8 août pour ouvrir cet abcès. On fait une double ouverture pour passer un drain, il ne s'écoule pas de pus par les ouvertures et il sort un peu de sang. Lavages phéniqués. L'état général du malade est encore assez satisfaisant ; pas de vomissements, appétit modéré, pas de diarrhée, pas de cachexie appréciable.

Le malade reste en médecine dans le même état jusqu'au 6 octobre, époque où on le fait passer en chirurgie dans le service de M. Cruveilhier.

A cette époque, le malade présente une tumeur formant saillie au niveau de l'ombilic et d'où sort par le drain une sanie très fétide, dont l'odeur rappelle celle du cancer de l'utérus. La tumeur paraît adhérente profondément, de sorte que la paroi abdominale ne glisse pas sur la masse intestinale. Le malade souffre peu et l'appétit est peu diminué.

Le 10 octobre. Application de pâte de Vienne pour ouvrir largement le foyer et réunir les deux premières ouvertures.

Le 12. L'eschare se détache et, en incisant les tissus qui tiennent encore, on a une hémorrhagie assez abondante qu'on arrête au moyen d'une pince à demeure. Le foyer est rempli d'une bouillie infecte. Lavages phéniqués de la plaie.

Le 14. On endort le malade et on fait avec le thermo-cautère une nouvelle incision en croix sur la première, afin d'ouvrir largement le foyer. Les parois du foyer sont formées d'un tissu très friable, saignant au moindre contact et présentant de nombreuses et grosses végétations ressemblant beaucoup à un cancer. En introduisant le doigt dans la plaie, on pénètre très profondément sous la paroi abdominale. Pansement avec l'eau de Pagliari et la charpie fait deux fois par jour, à cause de l'abondance de la suppuration. Le 15, le malade se trouve un peu mieux ; envies de vomir mises sur le compte du chloroforme. L'appétit qui avait disparu revient un peu. Lait et bouillon. Même pansement.

Le 16. La plaie sent moins mauvais et paraît bourgeonner activement, mais les bourgeons saignent très facilement. Appétit assez bon, pas de fièvre.

Le 20. L'état local se maintient assez bon, quoique le malade présente une teinte cachectique très prononcée. La faiblesse augmente et la jambe gauche est le siège d'un œdème très prononcé. On continue le lavage à l'eau de Pagliari. Pas de vomissement ni diarrhée.

Le 22. L'œdème de la jambe gauche a beaucoup augmenté et a envahi toute la cuisse et même la paroi abdominale du côté gauche. Le malade se plaint aussi de beaucoup d'oppression. L'appétit a diminué. Lait et bouillon.

Le 6 novembre. Même état ; l'œdème a gagné la paroi thoracique du côté gauche. L'oppression et la faiblesse augmentent. Très peu d'appétit, mais toujours pas de vomissements, mais envies de vomir. La plaie reste stationnaire et il s'écoule toujours un liquide jaune roussâtre, d'une odeur infecte.

Le 14, le malade meurt. Pas d'albumine pendant la vie.

Autopsie. — En circonscrivant la tumeur de la paroi par une incision elliptique, on voit que cette tumeur est adhérente par sa partie profonde au pylore, au grand épiploon qui est rétracté au-dessus du côlon transverse, et au côlon transverse. L'estomac est très dilaté et contient une bouillie grisâtre ressemblant à des matières fécales. En l'incisant sur la grande courbure on trouve, en arrivant au pylore, de nombreuses végétations qui se prolongent dans le duodénum, mais qui ne diminuent pas le calibre de l'orifice du pylore. On y passe facilement le doigt. On

avait donc affaire à un cancer du pylore qui avait gagné la paroi abdominale.

Le côlon transverse paraît sain.

Le foie est dur, crie sous le couteau et présente tous les caractères macroscopiques du foie cirrhotique et pèse 1,200 grammes.

Les deux plèvres contiennent un épanchement sanguinolent assez abondant.

Les poumons présentent des adhérences, surtout à gauche. Aux deux sommets, on trouve des tubercules crétacés.

Le cœur est très mou, dilaté ; mais les valvules sont saines.

Le rein gauche est plus gros que le droit, il est très congestionné et œdematié.

Rate petite.

La veine fémorale gauche ainsi que ses branches est obstruée par de gros caillots noirs, mais qui ne résistent pas au lavage.

Pas d'examen microscopique.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des tumeurs de l'ombilic comprend plusieurs points :

1° Y a-t-il tumeur de l'ombilic ?

2° S'agit-il d'une tumeur bénigne ou maligne ?

3° A quelle variété des unes ou des autres a-t-on affaire ?

1° Y a-t-il tumeur de l'ombilic ?

Nous nous contenterons d'indiquer le diagnostic d'avec la tumeur liquide, qui vient parfois former à la région un épanchement ascitique, après déplissement de la cicatrice, une collection purulente péritonitique (Second Féréol, 1839), un kyste hydatique du foie (Lequélinel de Lignerolles, 1869), ou de la rate (Quinck, Gaz. méd., 1836).

Il sera également facile de reconnaître une hernie.

Plus difficile est le diagnostic d'avec une concrétion, surtout lorsqu'il faut établir s'il s'agit simplement de sébum concrété ou d'un kyste soit sébacé, soit dermoïde. Néanmoins l'examen attentif de la région, les commémoratifs, une consistance toute spéciale, la résistance à l'exploration du stylet, l'absence de membrane d'enveloppe, permettront assez facilement, en général, de reconnaître une concrétion.

D'ailleurs, l'extirpation possible avec une pince ou s'il est survenu des phénomènes inflammatoires, l'issue par suppuration de la masse concrétée, ne tarderont pas à lever tous les doutes.

Un abcès se reconnaîtra aux signes cardinaux de l'inflammation; de plus il n'existe pas dans ce cas à proprement parler de tumeur, mais seulement de la tuméfaction de la région.

Une plaque muqueuse hypertrophique pourrait au premier abord en imposer pour une tumeur. Mais il suffira de regarder de près pour ne pas commettre l'erreur. D'autre part, les commémoratifs, l'existence de plaques muqueuses, en d'autres points du corps, mettront sur la voie du diagnostic.

2° S'agit-il d'une tumeur bénigne ou maligne?

Ce second point du problème se résoudra par l'évolution de la tumeur, sa durée, l'état général du malade. Il est bon de savoir cependant que certains néoplasmes, tels que les sarcomes, peuvent affecter pendant assez longtemps les allures d'une tumeur bénigne, puis se mettre soudainement à se développer comme une tumeur de mauvaise nature.

3° A quelle variété des unes ou des autres a-t-on affaire ?

Si l'on a conclu à la bénignité de la tumeur, que celle-ci soit fluctuante, qu'elle coexiste avec un kyste ovarique, on reconnaîtra ces lymphocèdes que signale Kœberlé.

Si la tumeur, sans être fluctuante, est de consistance mollasse et se présente sous forme de petite figue appendue, par un pédicule plus ou moins long, à la cicatrice, si, de plus, elle date de longtemps, on devra penser à un kyste soit sébacé, soit dermoïde.

Mais la tumeur est dure, résistante, elle s'est développée lentement, sans phénomènes réactionnels, sans provoquer de douleur, sans altérer l'état général du malade ; il y aura de graves chances pour que l'on ait affaire à un fibro-papillome. Au besoin on pourrait, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, s'aider de l'examen biopsique. Nous ne répéterons pas les réserves que nous avons déjà faites à cet égard.

Si, au contraire, il s'agit d'une tumeur maligne, il est parfois très difficile, et au surplus d'un intérêt médiocre, d'arriver au diagnostic précis de la variété en présence de laquelle on se trouve. Une tumeur dure, assez régulièrement arrondie, ayant évolué rapidement, sans grand retentissement sur l'état général, autorise à diagnostiquer un sarcome.

L'épithélioma se reconnaîtra à son aspect bourgeonnant, à sa surface saignante. Chaque variété de carcinome présentera les caractères qui lui sont propres

nous ferons remarquer d'autre part que, sauf un cas, le carcinome de l'ombilic a toujours été secondaire.

PRONOSTIC.

Quant au pronostic des tumeurs de l'ombilic, il découle tout d'abord de la nature de la tumeur ; lorsqu'elle est maligne, il se tire de l'unité ou de la pluralité des néoplasmes, de l'état général du malade. Ajoutons qu'il se tire encore et surtout de la façon dont on peut intervenir pour le traitement de ces tumeurs.

TRAITEMENT.

A propos du traitement, nous allons examiner 1° si l'on doit intervenir, 2° comment l'on doit intervenir.

1° Doit-on intervenir?

Lorsqu'il s'agit des tumeurs bénignes, le diagnostic de l'intervention se tire du volume de la tumeur, de la gêne qu'elle apporte, des accidents qui peuvent compliquer son évolution.

Dans les cas de tumeur maligne, il faut intervenir toujours et promptement, si la tumeur est primitive à l'ombilic, si elle ne s'accompagne point d'autres productions néoplasiques en d'autres points de l'économie ; enfin, si l'état du malade autorise l'intervention. C'est par l'examen détaillé des divers organes et appareils, c'est en faisant avec les deux mains un pli à la paroi abdominale, qu'on s'assurera, d'une part, qu'il n'y a

pas généralisation de la néoplasie ; d'autre part qu'elle n'envoie pas de prolongement dans l'intérieur de la cavité abdominale.

2° Comment doit-on intervenir ?

Lorsque l'on aura affaire à une tumeur bénigne, pédiculée, on se contentera de l'exciser par section du pédicule, au ras de la paroi abdominale. On appliquera le pansement de Lister.

S'il s'agit d'une tumeur bénigne, sessile ou d'une tumeur maligne, nous estimons que l'opération doit être plus décisive, plus radicale. Alors comment doit-on intervenir ?

Il nous paraît intéressant de rapporter ici l'opinion de Küster (loc. cit.). Après avoir dit que le traitement opératoire est rendu plus difficile par le bourrelet que forme la peau de l'ombilic et qui marque le point d'implantation de la tumeur, cet auteur conseille de le fendre jusqu'à la ligne blanche, de découvrir la base du néoplasme et de l'exciser, s'il est pédiculé. Sinon, il faut diviser toute la tumeur pour reconnaître ses connexions profondes, puis on enlève chacune de ses moitiés isolément. On évitera ainsi de blesser le péritoine. Quand le point de départ est profond, il est nécessaire d'avoir recours à la gastrotomie, que l'auteur ne craint pas de conseiller dans ces cas.

Deux procédés sont donc en présence : l'un, qui consiste d'essayer de faire l'ablation de la tumeur pièce par pièce, en dédolant, en ne touchant au péritoine qu'à la dernière extrémité ; l'autre, au contraire, qui consiste à faire d'emblée, sans hésitation, la laparo-

tomie, à enlever la tumeur et la portion d'ombilic y attenant, puis à suturer les parois abdominales.

Examinons la valeur respective de ces deux procédés.

Tout d'abord, le premier est pour nous dans tous les cas de tumeurs malignes inapplicable. En effet, il expose forcément à laisser des éléments néoplasiques dans la plaie, d'où une récidive fatale.

D'autre part au point de vue de la complication péritonéale, à laquelle il semble vouloir parer, il est beaucoup plus dangereux que le second. Il est démontré, en effet, que toute irritation, tout frottement, tout grattage produit au voisinage d'une séreuse amène son inflammation, beaucoup plus facilement que ne le ferait sa section nette et franche. Or, si l'on se rappelle ce que nous avons dit, au chapitre de l'anatomie, de la fusion intime du péritoine et de la peau au niveau de la cicatrice, on conçoit difficilement qu'on puisse faire par le premier procédé l'ablation complète d'une tumeur de l'ombilic sans éviter le raclage du péritoine ; ou encore, on arrive involontairement à crever la séreuse et, qu'on nous passe l'expression, on a reculé pour mieux sauter.

Toutes ces raisons nous amènent à opter franchement pour la laparotomie dans tous les cas de tumeurs bénignes sessiles ou malignes de l'ombilic dont on se décider à pratiquer l'ablation.

Bien entendu, on emploiera la méthode de Lister dans toute sa rigueur. Et même, ce qui prouve que la laparotomie, pour laquelle nous nous prononçons, n'est pas une opération aussi grave qu'on veut bien le dire, c'est que M. Després a pu la faire et guérir son

malade en dehors de toute précaution antiseptique. Mais malgré cet heureux résultat, nous estimons qu'il ne faut jamais négliger d'avoir recours à la méthode antiseptique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BÉRARD. — Art. Ombilic, t. XXII, du Diction. de méd. en 30 vol.

BLUM. — Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. Arch. gén. de méd., août 1876.

BRYANT. — Guy's Hosp. rep., 1863, p. 245.

CATTEAU. — Thèse Paris, 1876.

CIVADIES. — Cancer. Journal de méd. et de pharm. de Bruxelles, t. IV, p. 374.

DEMARQUAY. — Epithéliome. Union méd., 1870, t. X, p. 23.

— Tumeur encéphaloïde. Bull. Soc. de chir., 1871.

DESPRÉS. — Société de chir., mars 1883.

DOLBEAU. — In Blum.

DUPLAY. — Tumeurs de l'ombilic, Path. ext., 1878, t. V, p. 817, 1878.

DUGÈS. — Dict. de méd. en 15 vol., t. XII, p. 159.

FABRICE DE HILDEN. — Observationes chirurgicæ, cent. V, obs. LXII.

GALLOZZI. — Extirp. d'un sarcome de la rég. ombil., récidive trois fois. In Morgani. Naples, juin 1879.

GUELLIOT. — Revue de chir., mars 1883.

HUE et JACQUIN. — Union méd., 1867, n° 112.

KŒBERLÉ. — Dict. de méd. et chir. prat., t. XXV, p. 582, 1878.

KUSTER. — Arch. f. klin. chir. V, XVI, cent. I, p, 234. Rev. scienc. méd., t. IV, p. 637.

LENGENBECK. — 1872, in Küster.

LEYDECKER. — Thèse Giessen, 1836.

LEGUÉBINEL DE LIGNEROLLES. — Thèse 1869.

NICAISE. — Dict. encycl. des sc. méd., art. Ombilic, 2e série, 15, p. 179.

— Revue de chir., juin 1883.

PARKER. — Arch. of clin. surg. New-York, V, 1874.

QUINCK. — Gaz. méd., 1836.

RICHET. — In Blum.

SECOND FÉRÉOL. — Thèse 1859.

STORER. — Boston med. and surg. journ., 25 fév. 1864.

VIRCHOW. — Path. des tum., trad. Aronssohn, 1876, p. 33.

WALDEYER. — Volkmann, Sammlung klin. Vorträge, n° 33.

WULCKOW. — Berl. med. Woch., XII, 1875.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE LA SCIENCE MÉDICALE.

Anatomie et histologie normales. — Région du pli du coude.

Physiologie. — De la chaleur animale.

Physique. — La loupe.

Chimie. — De l'eau oxygénée.

Histoire naturelle. — Les champignons.

Pathologie externe. — Des fractures.

Pathologie générale. — Des épidémies en général.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des diverses tumeurs.

Médecine opératoire. — Procédés des réductions des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Des pilules et des granules.

Thérapeutique. — De la digitale.

Hygiène. — De l'habitation.

Médecine légale. — Des infanticides.

Accouchements. — Mécanisme physiologique de l'accouchement.

Vu, bon à imprimer,
Le président de la thèse :
RICHET.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de
l'Académie de Paris,
GRÉARD.